

不安を自己処理できない患者へのアプローチ

1階東病棟

○藤本 洋子・森沢 陽子・曾我 美代
西森 まち・山田 純代・武田さとみ
山崎真夕子・船長明日香・藤村 洋子

はじめに

人は誰でも、日常生活の中で不安を体験することが度々ある。不安とは、はっきりしない原因や対象に対する反応であり、予期される喪失と関連のある主観的な体験である。不安体験が病的なものへと向かっていく過程には、その人自身の自我の有り様が、深く関わってくる。今回私たちは、心疾患を持つ鬱病患者と関わる機会を得た。患者は、心疾患を合併しているうえに不安による訴えが多く、些細なことでパニックになるため、その理解と対応に苦慮した。そこで、患者を理解し、不安を共感しながら接することで、不安が軽減し、訴えの減少にも結びつくのではないかと考え関わりをもった。その結果、ナースコールやナースステーションに来て不安を訴える回数、及びパニック状態が減少し、落ち着いた入院生活を送れるようになるという良い結果を得たのでここに報告する。

I 患者紹介

1. 患者：Y. M. , 76才, 女性
2. 入院期間：平成6年6月7日～9月27日
3. 診断名：鬱病・心筋梗塞（A-Cバイパス術後）
4. 家族構成：患者と次女の夫婦と3人暮らし（夫とは死別）
5. 家族歴：5人兄弟の末っ子で、同胞4人のうち3人は心疾患で死亡
6. 性格：粘着気質、依存的、心配性、自己中心的
7. 経過：64才で狭心症、70才で心筋梗塞にてA-Cバイパス術施行する。

この頃より、不眠、焦燥感が出現し、鬱病の診断を受け、平成元年11月（約3ヵ月）、平成5年2月（約6ヶ月）の2回神経科精神科病棟に入院する。平成6年5月、心筋梗塞が再発、老年病科へ入院したが、不安が強く、下痢、腹痛、背部痛などの身体症状を訴え、抑鬱

症状の治療のため、神経科精神科病棟へ転入となる。（転入時、心筋梗塞の状態は、安定しているとの診断あり）

II 看護の実際及び結果

当病棟に転入して来た直後の患者の訴えは、胸部症状（苦しい、痛い）眠れない、身体がしんどい、淋しい、頭痛、腹痛、めまい、漠然とした不安、他の患者への不満など数限りなくあり、一日中これらの内容を繰り返し口にし、相手のいうことには全く耳をかさず、パニック状態で過ごしていた。そこで、転入前の病棟での状態も含めて、患者の訴えの内容を抽出、その傾向を知り、それを、1)身体に対する不安、2)不眠に対する不安、3)環境や些細なことに対する不安の3つに分類し、看護計画を立てた。

1. 問題点：終日不安状態が続き、精神的に落ち着いた日常生活が送れない。
2. 目 標：不安症状からパニック状態に陥ることなく落ち着いた生活が送れる。

3. 計 画

1) 身体症状に対する不安

- (1) バイタルサインの測定や診察等の行為を行い安心感を得る。
- (2) 接触を多く持ち受容的に接する。
- (3) 時間の許すかぎり患者に付き添い訴えに耳を傾ける。

2) 睡眠に対する不安

- (1) 日中はなるべく起きて過ごせるように援助する。
- (2) 無理のない程度に日課への参加を促す。
- (3) 自室で出来る趣味をすすめる。
- (4) 「眠れる」「眠れている」事実を繰り返し話し、安心感を与える。
- (5) 消灯前の環境調整を行う。
- (6) 適切な時間であれば指示に従い与薬する。

3) 環境や些細なことに対する不安

- (1) 患者が戸惑うような急激な環境の変化を避ける。
- (2) 受容的に、時間の許す限り話を聞く。
- (3) 自分で出来ることは、自分で行うように働きかけ、出来た時にはみんなで誉めて自信をつけさせる。
- (4) カンファレンス（医師も含めて）により、情報交換を密に行う。

私達は、患者の変化を知る一つの方法として、患者の訴え（ナースコールと、本人がナーステーションに訪室したものを含む）の変化について調査をした。

転入直後の10日間の訴えの回数を合計すると、165回となり、この頃は訴えのすべてが、患者の一方的な言葉で終わってしまうものばかりであった。2ヵ月後の同様の調査では、103回となり、訴えの内容は著明に変化していった。自分の頭の中でまとまった文章を考え、目的をもって訴えを言えるようになり、自分から結果を出そうと努力したり、自分の考えたことに対して意見を求めてきたり、何を希望するのかを正しく伝えることが出来るようになった。また、他人の意見を聞くことができ、会話自体に要する時間は短くなり、パニック状態となる回数は激減した。また不安の種類で見ると、1)身体に対する不安は22回から2回に減少し、2)不眠に対する不安は43回から40回、3)環境や些細なことに対する不安は55回から20回に減少、4)その他は45回から41回であった。時間帯で見ると、昼間の訴えは127回から60回となり、比較的落ち着いた生活が送れていたが、夜間は38回から43回とあまり変化が見られなかった。しかし夜間については、「詰所にきてもかまらんろうか」としばらく座っていたり、「もうちょっと頑張っで寝てみるろうか」などの訴えが多くなり、内容に変化が見られた。転入後1ヵ月頃より、パニック状態から患者の訴え及び行動に少しずつ変化が見られた。

当病棟転入後は、一度訴えはじめると執拗で、内科医の診察やバイタルサインの測定の希望が常で、異常が見られないことを説明しても納得することができず訴えは繰り返されていた。患者の側にいる時間を持つために、頻回に訪室し、側に付き添い、その度ごとの患者の訴えに耳を傾けた。同時に身体面に異常は見られないことや、スタッフが常に側にいるので心配はいらぬことなどを時間をかけて説明することにより、患者は少しずつ納得できる状態になっていった。

入院生活の中で、周囲のことは全く目に入らない状況であったが、日課への参加や散歩など適度な運動を働き掛け、気分転換を進め、昼夜の区別をつけるよう援助するとともに環境調整に心がけた。ラジオ体操やレクリエーションについても、最初は拒否的であったが、興味を示すものからすすめていくうちに次第に参加する回数が増えていった。患者本人の気持も、義務的参加傾向から楽しみながら参加する傾向へと変わっていった。

Ⅲ 考 察

不安体験が病的なものへと向かいやすい人は、不安にとらわれると自分の世界に落ち込み、

状況の把握が不十分となりやすく、より一層状況を悲観的に受けとめてしまいがちである。他人から見捨てられそうな被害感や疎外感という色彩を帯びると、さらに混乱を引き起こすことになってしまう。今回私達が看護した患者は、訴えが多く執拗で、不安を自己処理できずに度々パニックに陥った。この患者にとってパニック状態が消失し、精神面の安定がはかれることは、社会復帰はもとより心臓病の再発防止のためにもより重要であったと考える。

身体症状に対する不安については、小島¹⁾は、「暖かい誠実な思いやりのある態度で患者の側に付き添い、いつでも患者が必要とするときに必要な援助をあたえ、患者を支持することが患者に安全を保障し、患者は不安をぬけ出すだろう」と述べている。頻回に訪室し患者が希望するときに必要な援助を行うことで、看護婦と患者との信頼関係が生まれ、看護婦の「大丈夫」という言葉にも安心感が得られるようになったと思われる。また手を握ったり、背中をさすったりと直接肌に触れる行為は、何かをしてもらったという精神的安定をもたらしたと考えられる。

不眠に対する不安については、スタッフが一貫して、「眠れる」と声かけをしたり、眠れないときにはいつでも看護婦が対応できる状態であることを示すことにより、安心感を与えることができたと思われる。患者は、熟眠感を得ることを強く希望していたため、睡眠に対するニードは充足されなかったものの、「眠れなかったらどうしよう」という不安は軽減されたと考える。鈴木等²⁾は、「患者のつらさを受けとめつつも、『眠れない』ことが、必ずしも、克服すべき課題とならないような関わりや余裕が、看護婦に求められる」と述べている。眠れない夜に、眠らないまま、ゆったりと過ごせる方法を具体的に援助することも必要だったと思われる。

環境や些細なことに対する不安については、些細なことにもパニックになってしまう患者を、スタッフが受け入れ、患者自身を変えようとするのではなく、パニック状態を起こす因子となりやすいものの除去に努め、またそれにとどまらず、患者の要求にできる限り早く対応し、可能、不可能を含めて対処し、誠意を見せたことが良かったと考える。小島¹⁾は、「看護婦は患者の世話と、患者に起こってくる出来事に関心を示し、ただ温かく、その時あるがままの患者を受け入れ、患者の不安な気持ちを、自分自身を見失わずに、自分自身のもののように感じ取り、患者にそれを伝えることができなければならない」と述べている。より多く情報を得て、定期的なカンファレンスによる情報交換、行った看護に対する評価を行い、患者の側で患者を看ることにより、一層患者を理解することができ、患者の持つ不安を共感できたのではないかと考える。

おわりに

実際の看護場面において、様々な不安の訴えに十分な時間を費やして対応することは困難なことが多い。しかし今回の症例で、患者を受容し、共感することの必要性、看護婦と患者間の信頼関係の重要性を再認識した。この経験を生かし、今後の看護に役立てていきたい。

引用・参考文献

- 1) 小島美操子：不安を持った患者への援助技術，臨床看護，Vol.7，No.6，p.813，1981.
- 2) 鈴木裕子他：自然の入眠を促すための援助，臨床看護，Vol.19，No.9，p.1362，1993.
- 3) 長谷川浩：不安の構造，臨床看護，Vol.7，No.6，1981.
- 4) 福田邦三他：看護学体系2，臨床看護学総論，分光堂東京，1970.
- 5) 岡堂哲雄：不安の病理，臨床看護，vol.7，No.6，1981.
- 6) 樋口康子他訳：不安—認知と介入1，看護，Vol.32，No.6，1980.
- 7) 近森美恵子：不安の克服・看護婦の場合，Vol.7，No.6，1981.
- 8) 湯槇ます他編集：看護学講座10，看護学総論，医学書院，東京，1976.
- 9) 大山正博：不安を理解する技術，Vol.7，No.6，1981.

(平成7年3月11日，高知市にて開催の平成6年度看護研究学会)
(高知県看護協会)で発表